

Tarjeta de Contacto para Emergencias

(Student Emergency Contact Card)

Este formulario debe actualizarse anualmente

Solo para uso de la oficina:

School # _____ Medical
 Student # _____ Court Order
 Date enrolled _____ Special Needs
 Other

En caso de una emergencia, es imperativo que la escuela pueda comunicarse con los padres del estudiante (según definido abajo). Favor de llenar ambos lados de esta tarjeta con cuidado y corrección. Por favor escriba claramente con tinta. Los nombres de ambos padres (según definido en la sección 1000.21(5), Estatutos de Florida), tanto el del padre que registra como el del que no registra a su estudiante, tienen que estar, en esta tarjeta, en la lista de personas autorizadas a recoger a su hijo en la escuela, salvo que exista una orden judicial revocando los derechos paternales, en cuyo caso, se entregará copia certificada de dicha orden a la escuela.

Ambos padres designarán en esta tarjeta a las personas autorizadas a recoger a su hijo en la escuela. Ninguno de los padres podrá eliminar o modificar nombres ya provistos en esta tarjeta.

Grade: _____

Estudiante

Apellido	Primer Nombre			Segundo Nombre
Maestro (Solo para escuela elemental)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Grado	
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Dirección Postal (Si diferente a la residencial)	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento / /
Estudiante vive con: Marque la que aplique a la residencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Orden Judicial <input type="checkbox"/> Otra	El estudiante cambió de dirección desde la inscripción anterior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Hay una orden judicial que impida a uno de los padres tener contacto con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Padre que Inscribe

Apellido	Primer Nombre	Correo Electrónico		
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Empresa para la que trabaja	Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Otro Padre

Apellido	Primer Nombre	Correo Electrónico		
Dirección Residencial	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de la Casa
Empresa para la que trabaja	Teléfono del Trabajo		Teléfono Celular	

Student Identification Number: _____

Personas Contacto Autorizadas

Escriba los nombres de las personas a quienes podremos entregar su hijo o llamar en caso de que no le consigamos a usted. NINGÚN ESTUDIANTE SE ENTREGARÁ A OTRA PERSONA QUE NO SEA UNA DE LAS QUE APARECE EN ESTA LISTA. Al seleccionar a la persona a quien le entreguemos su niño, considere: ¿Está la persona preparada para atender cualquier necesidad médica especial de su niño? Por este medio, doy/damos consentimiento para que las personas indicadas a continuación sean contactadas, obtengan información de emergencia o reciban a este estudiante bajo su cuidado en caso de enfermedad, evacuación, u otra emergencia que ocurra mientras el estudiante esté en la escuela.

Nombre	Parentesco	Teléfono de la Casa	Teléfono Celular o del Trabajo

Declaro que la información en esta tarjeta es cierta y correcta. En caso de cambios, notificaré a la escuela inmediatamente.
 Firma _____ Fecha _____ Parentesco _____

Personas Contacto Autorizadas por el Padre que no Inscribe

Esta sección será completada solamente por el padre que no inscriba para designar personas adicionales que puedan recoger al estudiante. El padre que inscribe no alterará esta sección de la tarjeta. El padre que no inscribe, no alterará ninguna otra sección.

Nombre	Parentesco	Teléfono de la Casa	Teléfono Celular o del Trabajo

Declaro que la información en esta tarjeta es cierta y correcta. En caso de cambios, notificaré a la escuela inmediatamente.
 Firma _____ Fecha _____ Parentesco _____

Student: _____

Tarjeta de Contacto para Emergencias

La información personal en este documento se mantendrá confidencial (en un lugar protegido) y se utilizará y divulgará con el personal escolar solo en caso de necesidad.

Nombre del Estudiante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
----------	---------------	----------------

Medicamentos

¿Toma su hijo medicamentos? Sí No

Si su hijo necesita tomar algún medicamento en la escuela, el mismo tiene que enviarse a la escuela en su envase original, con la fecha vigente y el nombre del niño. También es necesario tener en el expediente escolar el documento "Medication/Treatment Authorization" completado y firmado por el doctor y el padre del niño.

Medicamento	Dosis	Horas de Administración

Información de Seguro Médico

Por favor, marque la casilla apropiada: Seguro Médico Familiar Florida Healthy Kids Florida Kid Care
 Medicaid # _____ No tengo seguro médico Otro _____

Visión y Audición

¿Usa su niño espejuelos o lentes de contacto? Sí No

¿Usa su niño aparatos auditivos auxiliares? Sí No

Profesionales de la Salud

	Nombre	Número de Teléfono
Doctor		
Dentista		
Plan Médico/Nombre Del Grupo		

Condiciones de Salud

Marque todas las que apliquen:

Asma Si lo marcó, ¿Usa inhalador? Sí No ¿Lo usa a diario?

Convulsiones Si lo marcó, ¿Usa medicamento? Sí No

Diabetes Si lo marcó, ¿Dependiente de insulina? Sí No

Limitaciones de movimiento _____

Enfermedad, hospitalización o cirugía reciente (describa) _____

Otro _____

¿Alergias severas? Si lo marcó, favor de especificar:

Alimentos / ambiental Las alergias requieren:

Picadas de abejas / insectos EpiPen

Medicamentos Benadryl

Otro _____ Otro _____

Divulgación de Información Médica

Por este medio yo autorizo a que la información médica o cualquier otra información de mi hijo pueda ser compartida con personal de emergencias y con funcionarios del departamento de salud para tratar condiciones de importancia para la salud pública, incluyendo información para hacer frente y prepararse para una condición de salud, ya sea probable o confirmada.

Tratamiento en Emergencias

Firma del Padre _____ Fecha _____

La información médica y cualquier otra información será divulgada sin consentimiento del padre/ estudiante elegible en casos de emergencias de salud según lo permita FERPA. La escuela llamará para solicitar cuidado médico de emergencia si se considera necesario. Se autorizará la transportación de emergencia a un centro de cuidado de la salud si los paramédicos lo consideran necesario.

Información Para la hora De Salida

PROCEDIMIENTO REGULAR DE SALIDA	PROCEDIMIENTO PARA SALIDAS DE EMERGENCIA
¿Cómo se irá su hijo de la escuela en un día de clases regular?	En caso de tormenta u otra salida de emergencia no anticipada, su hijo tiene instrucciones de:
<input type="checkbox"/> Lo recogen en auto <input type="checkbox"/> En autobús escolar	<input type="checkbox"/> Caminar a su casa <input type="checkbox"/> Irse en autobús escolar como siempre
<input type="checkbox"/> Caminando / bicicleta <input type="checkbox"/> Irá al programa de cuidado extendido de la escuela	<input type="checkbox"/> Usar transportación pública <input type="checkbox"/> Irse a casa con un amigo de la lista de contactos autorizados
<input type="checkbox"/> Usará transportación pública <input type="checkbox"/> Irá a un programa de cuidado extendido fuera de la escuela	<input type="checkbox"/> Esperar a que uno de los padres le recoja

Hermanos e Idioma Materno

Indique los hermanos que estudian en esta escuela

Apellido	Primer Nombre	Grado

Por favor, indique cualquier otro idioma que se hable en la casa: _____

Preguntas para Encuesta

Agradeceremos conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a conocer mejor las necesidades de nuestra comunidad. Marque todas las que apliquen.

¿Tiene su hijo acceso a una computadora en su casa? Si No

¿Tiene acceso al Internet en su casa? Si No

¿Tiene su hijo acceso al Internet en su computadora de la casa? Si No

¿Tiene usted acceso al Internet fuera de su casa? Si No

Favor de indicar el modo de contacto que usted prefiere: Email Texto Teléfono